

10

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

Œdèmes du Col utérin pendant la Parturition

ET DE LEUR TRAITEMENT

PAR

GIRARD LOUIS

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

PROFESSEURS.....

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et Thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 CH. RICHET
 André BROCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 RENON
 LECENE
 LETULLE
 PRÉNANT
 POUCHET
 CARNOT
 LÉON BERNARD
 BALTHAZARD
 MENTRIER
 ROGER
 ACHARD
 VIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MAREFAN
 NOBECOURT

X.

JEANSELME
 PIERRE MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 DE LAPERSONNE
 LEGUEU
 BAR
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 J. L. FAURE
 AUGUSTE BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMARET

DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 GUILLEMINOT
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (HENRI)
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Hommage de pieuse affection.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR L. GIRARD

CHIRURGIEN HONORAIRE DE L'HOPITAL DE CANNES

MÉDECIN HONORAIRE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il était mon ami le plus affectionné,
la plus aimant, le plus indulgent.
Il fut mon premier maître en Mé-
decine et en Obstétrique. — Le sou-
venir de sa conscience profession-
nelle, de son labeur incessant, de
son dévouement et de sa bonté in-
lassables, le maintiendra toujours
devant mes yeux comme le modèle
à l'imitation duquel devront tendre
tous mes efforts.*

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR S. BERNARD

MÉDECIN-SUPPLÉANT A L'HOPITAL DE CANNES

MEIS ET AMICIS

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR RICARD

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

M. LE PROFESSEUR SEGOND (*in memoriam*)

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

M. LE DOCTEUR BARIÉ

MÉDECIN DES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

M. LE PROFESSEUR J. L. FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de notre respectueuse et
profonde gratitude pour le magis-
tral enseignement dont il nous a
permis de bénéficier à la Clinique
Baudelôcque, pour l'accueil bien-
veillant qu'il nous a toujours réservé
dans son service, pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de notre thèse.*

A M. LE DOCTEUR CLEISZ

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

*En le remerciant de l'aide qu'il nous
a apportée pour la réunion des docu-
ments de notre thèse, des conseils
qu'il ne nous a pas ménagés au
cours de sa rédaction, de toute la
sympathie qu'il a bien voulu nous
témoigner.*

Introduction

En étudiant les observations de la clinique Baudelocque qui font mention d'un œdème du col pendant la parturition, au cours de ces dix dernières années (1911-1920), nous avons cherché à nous rendre compte de la qualité de ces œdèmes, de leur gravité, de la mortalité fœtale et maternelle qu'ils entraînaient, des diverses interventions pratiquées, de la fréquence enfin des indications de certaines de ces interventions et, en particulier, de celles des incisions du col.

En présentant les résultats de nos recherches, nous ferons une rapide révision de la question des œdèmes du col au cours du travail, nous classerons, au point de vue clinique, ces œdèmes dont la gravité est bien différente suivant leurs caractères et les conditions dans lesquelles ils se produisent, enfin nous étudierons les divers traitements qui ont été proposés ou appliqués au cours de ces accouchements, dystociques à un degré très inégal.

Notre travail est ainsi divisé :

I. Historique et pathogénie.

II. Étiologie.

III. Caractères.

IV. Variétés cliniques.

V. Evolution. Pronostic.

VI. Traitement. Interventions.

Historique et Pathogénie

Les anomalies de la dilatation du col, en cas de rigidité de cet organe, étaient attribuées par les anciens auteurs à la « Rigidité anatomique du col ».

— « Les fibres du col, disent Cazeaux et Tarnier, semblent avoir une résistance extraordinaire que nulle altération ne peut expliquer. C'est une espèce de résistance passive, en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation. Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à du cuir imbibé de graisse ».

M. DOLÉRIS, en 1885, M. BOUFFE DE SAINT-BLAISE, en 1890, combattent cette opinion. M. Doléris déclare que « les cols décrits par les classiques sous la dénomination de Rigidité anatomique sont des cols malades ou des cols transformés pendant le cours du travail par la marche lente de l'accouchement ».

En 1899, M. WALLICH constate que ces cols rigides sont le siège d'une infiltration séro-sanguine : « Sang ou sérum ont dissocié les éléments musculaires ou élastiques à un point tel que l'on comprend la perte de la souplesse et de la dilatabilité des tissus. Ce n'est plus une rigidité anatomique, congénitale, primitive, mais une rigidité acquise, pathologique, secondaire, par infiltration

pour lui donner un nom exact ». Le col comprimé entre la paroi osseuse et la présentation foetale est le siège d'une congestion mécanique passive, aboutissant à une infiltration séro-sanguine.

M. COUVELAIRE, en 1908, apporte à la pathogénie de ces cols rigides un élément nouveau, en faisant remarquer qu'à la dilatation des vaisseaux et à l'infiltration séro-sanguine peut être associée une infiltration leucocytaire parfois considérable.

« Les termes d'œdème passif, d'infiltration séro-sanguine ne répondent pas complètement dans ces cas à la réalité des faits. Ceux d'inflammation aiguë avec hyperémie et œdème séro-sanguin résument exactement l'état histologique des tissus, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'un œdème inflammatoire ou d'une inflammation aiguë surajoutée à un œdème mécanique ».

« L'infection des voies génitales est probablement la cause de ces états inflammatoires. Je ne puis apporter la démonstration bactériologique de l'origine microbienne de ces inflammations. La recherche des germes sur coupe dans le col a été négative.

« De ce résultat négatif, on ne peut évidemment tirer aucune conclusion. Je n'en suis pas moins très porté à admettre l'origine infectieuse de ces rigidités secondaires d'origine inflammatoire, apparaissant au cours du travail de l'accouchement ».

En 1912, MM. POTOCKI et SAUVAGE constatent la présence de nombreux micro-organismes au niveau de la muqueuse et des vaisseaux et émettent également l'hypo-

thèse que l'infection du col peut être la cause et non la conséquence de la rigidité.

Tout récemment encore, MM. VIGNES et LELIÈVRE ont publié une observation dans laquelle le col œdématié était le siège d'une pullulation microbienne intense (cocci, pneumocoques et bacilles rappelant par leur morphologie les anaérobies).

Etiologie

Les causes des œdèmes du col au cours du travail de l'accouchement peuvent donc être de deux ordres :

1° *La compression mécanique du col* contre les parois osseuses du bassin par la présentation fœtale, entraînant une infiltration séro-sanguine.

2° *L'infection des voies génitales* déterminant une infection ascendante de l'œuf pouvant réagir sur la contractilité de l'utérus et occasionner une réaction inflammatoire au niveau du col.

Certaines conditions favorisent la production de ces œdèmes et nous en ferons une courte révision en faisant ressortir leur fréquence dans les 67 observations de notre statistique.

— *Primiparité.* — Dans 50 cas sur 67, soit 74,6 %, la parturiente était primipare.

— *Rupture prématurée ou précoce des membranes.* — Nous avons noté 24 ruptures prématurées, soit 35,8 % — 38 ruptures précoces, soit 56,7 % — 5 ruptures tempestives, ce qui donne un total de 62 ruptures prématurées ou précoces sur 67 cas, soit 92,5 %.

— *Présentation.* — La présentation céphalique a été observée 66 fois sur 67, soit dans 98,5 % des cas. La tête

était mobile 11 fois, soit 16,4 % — Dans 26 cas, soit 38,8 %, elle était en O I D P, et parmi les autres variétés de position observées, bien souvent la tête était mal fléchie.

— *Bassins rétrécis.* — Dans 14 cas le promontoire était accessible, soit dans 20,8 % des cas.

— *Insertion basse du placenta.* — L'insertion basse du placenta a été mentionnée 17 fois, soit dans 25,3 % des cas, et ce pourcentage est vraisemblablement inférieur à la réalité, les membranes, déchirées, n'ayant pas pu être mesurées 14 fois.

Obstacle à l'engagement ou à la descente de la présentation. — Nous avons noté 3 procidences ou procubitus d'un membre, soit 4,4 %, et 6 fœtus dont le poids était supérieur à 4.000 gr., soit 8,9 %.

La lenteur du travail de l'accouchement enfin est presque constante et sa durée totale dépasse souvent deux et trois jours, entraînant des examens répétés, et des chances plus grandes d'infection, ainsi qu'un épuisement parfois notable des forces de la parturiente.

Caractères

Fréquence. — Malgré la fréquence des cas où un certain nombre de ces conditions qui favorisent l'œdème du col sont réunies, cette complication du travail est assez rare en réalité. Au cours de ces dix dernières années, 1911-1920, à la Clinique Baudelocque, nous avons pu en réunir 67 observations. Mais il nous suffira de rappeler qu'au cours de ces mêmes années le nombre d'accouchements y a été de 16.753, pour pouvoir conclure que les œdèmes de col au cours du travail sont en réalité peu fréquents.

Etendue. — L'œdème du col ne débute, en général, que longtemps après les premières contractions douloureuses. Dans notre statistique, 44 fois sur 67, soit 65,6 %, c'est plus de 20 heures après le début du travail que sa présence a été signalée.

Fréquemment la lèvre antérieure seule est œdématiée et il est classique de séparer entièrement cet œdème localisé des cas de rigidité secondaire du col. S'il est vrai que dans la plupart des cas cette portion de la paroi utérine restera seule œdématiée, il n'est pas rare cependant de voir l'œdème de la lèvre antérieure s'étendre, envahir complètement les bords de l'orifice cervical et quelque-

fois, augmentant de consistance, transformer le col en un col rigide. Cet œdème de la lèvre antérieure n'est donc que le premier degré de l'œdème du col, et c'est pourquoi nous le mentionnerons à part, mais nous ne l'écarterons pas de notre statistique.

L'œdème ayant débuté par la lèvre antérieure s'étend donc parfois à la totalité du col : ainsi se trouve réalisé un œdème généralisé secondairement.

Dans d'autres cas, dès sa perception, l'œdème occupe tout le col utérin, il est d'emblée généralisé. Le col œdématisé se présente alors sous l'aspect d'un bourrelet plus ou moins épais, encerclant complètement la présentation foetale ou plus exactement la bosse séro-sanguine.

Enfin, il est des cas où l'infiltration séro-sanguine ne reste pas limitée à la portion intra-vaginale de l'utérus et s'étend au segment inférieur.

Consistance. — La consistance du col œdématisé nous paraît être un de ses caractères les plus importants.

Tantôt le col donne au doigt qui l'explore la sensation d'avoir gardé une bonne part de son élasticité.

Tantôt il est dur, résistant, rigide, d'une consistance comparée à celle du cuir bouilli ou du cuir imbibé de graisse et donne alors l'impression de ne plus pouvoir être distendu sans déchirure.

Il est certain que l'appréciation de la consistance du col œdématisé n'est parfois faite que de nuances. Certains cols dont la souplesse ou la rigidité est manifeste seront facilement différenciés ; mais d'autres, dont la souplesse lentement fait place à la rigidité, passeront par

des états difficiles à certains moments à caractériser. Un examen ultérieur lèvera vraisemblablement le doute, l'œdème qui durcit ayant peu de tendances à récupérer un certain degré d'élasticité.

Variétés Cliniques

C'est sur les caractères que nous venons d'étudier que nous nous baserons pour différencier, dans notre statistique, les diverses variétés d'œdème du col au cours du travail de l'accouchement.

- *Œdèmes sans rigidité.* — Ils sont caractérisés par un épaissement plus ou moins étendu et souvent assez considérable des bords de l'orifice cervical, mais avec persistance, du moins partielle, de l'élasticité des tissus. Leur fréquence dans notre statistique est de 74,6 %.

Nous les avons divisés en deux groupes :

Les œdèmes localisés, généralement à la lèvre antérieure, 28,3 %.

Les œdèmes généralisés, que la généralisation ait été primitive ou secondaire : 46,2 %.

Ces œdèmes sans rigidité retardent la dilatation, mais lui permettent en général de progresser et de se compléter, après des arrêts parfois de plusieurs heures, en rapport souvent avec des contractions utérines peu fréquentes ou peu énergiques.

Œdèmes avec rigidité. — Les œdèmes avec rigidité sont caractérisés par un épaissement des bords de l'orifice cervical qui n'est pas nécessairement plus considérable que pour les œdèmes sans rigidité, mais avec une induration spéciale des tissus qui donne l'impression que

la dilatation a atteint son maximum et ne pourra plus progresser sans qu'une déchirure se produise. Leur fréquence dans notre statistique est de 25,3 %.

La dilatation progresse pourtant encore souvent et arrive même à être complète, mais les déchirures du col dans ces cas ne sont pas rares. Dans d'autres cas, malgré des contractions utérines énergiques et rapprochées, la dilatation cesse définitivement de progresser, jusqu'au moment où est posée l'indication d'intervenir pour extraire un fœtus menacé ou mort. Ces derniers cas, véritables œdèmes du col, sont ceux qui entraînent l'état décrit sous le nom de « rigidité secondaire » et qui ont fait l'objet des vérifications anatomiques de MM. Wallich, Couvelaire et Sauvage.

Dans chacune de ces variétés d'œdème du col, nous avons isolé les cas où l'œdème se produit au cours d'un accouchement présentant par ailleurs une autre cause de dystocie. Dans ces cas, en effet, l'obstacle que représentent pour la marche de l'accouchement un bassin rétréci, la procidence d'un membre... s'ajoute à l'obstacle que représente l'œdème du col et fait passer celui-ci au second plan. La véritable cause de dystocie n'est plus l'œdème du col, mais la cause de dystocie coexistante, responsable le plus souvent de la production de cet œdème. C'est à elle plutôt qu'à l'œdème du col que devra être imputée la gravité du pronostic fœtal, et si le traitement peut être appliqué parfois en vue de supprimer la dystocie créée par l'œdème, il n'aura de chances de réussite qu'autant que la dystocie coexistante est compatible avec l'accouchement par les voies naturelles.

Evolution. -- Pronostic

Les œdèmes localisés à la lèvre antérieure et les œdèmes généralisés sans rigidité, à la seule reprise de contractions plus régulières et mieux soutenues, pourront rapidement diminuer de volume et même disparaître entièrement. Dans la majorité des cas pourtant, ils persistent jusqu'au moment de l'expulsion, et il n'est pas rare alors, en vérifiant l'état du col, de trouver la lèvre antérieure en particulier, ecchymotique, noirâtre, parfois légèrement dentelée.

Le pronostic maternel est bon ; le pronostic fœtal, en dehors des cas où une autre cause de dystocie est surajoutée, est bon également, mais à la condition que la longueur du travail ne soit pas une cause de souffrance fœtale telle que la vie du fœtus soit menacée, alors que la dilatation est insuffisante pour permettre l'extraction. Dans ces conditions, en effet, toute tentative d'extraction exposerait à des déchirures graves ; et, d'autre part, en cas d'expectative, la souffrance fœtale risque d'être suivie à brève échéance de la mort du fœtus. Aussi semble-t-il que, dans ces cas, la possibilité d'inciser le col puisse être envisagée, pour extraire rapidement, par une application de forceps, le fœtus menacé.

Les œdèmes avec rigidité sont la conséquence d'une perturbation plus grande dans les tissus cervicaux. Leur élasticité et leur dilatabilité sont bien diminuées. La dilatation arrivera parfois péniblement à progresser, mais souvent aussi elle restera stationnaire pendant de longues heures.

Le fœtus ne tarde pas à présenter des signes de souffrance et souvent finit par succomber. Le muscle utérin est contracturé. La souffrance du fœtus est fonction de cette contracture et de l'infection de l'œuf.

Sous l'influence possible dans certains cas d'une reprise des contractions, le col inextensible peut spontanément se déchirer. Ces déchirures spontanées au cours de la dilatation se sont produites 4 fois dans les observations que nous avons étudiées. Elles sont, en général, latérales.

Il peut arriver aussi que d'un seul bloc, la collerette œdématiée se détache (le fait ne s'est pas produit dans les observations de notre statistique). La déchirure délimitera ainsi un lambeau circulaire qui pendra dans la cavité vaginale ou sera expulsé, créant une large voie par laquelle le fœtus passera.

Dans chacune de ces variétés d'œdème, lorsque l'œdème du col coexiste avec une autre cause de dystocie, son évolution est réglée par cette dystocie surajoutée, non traitée en temps opportun.

— — — — —

67 Observations d'Œdème du Col au

			NOMBRE		TERMIN		
					Acc' spontané		V
					Nombre	Fœtus morts	
-I. — Œdèmes sans rigidité			50	74,6	14	1	—
	Localisés		19	28,3	7	—	—
		Sans autre dystocie	14	20,8	7	—	—
		Avec une autre dystocie... (bassin, procidence, gros enfant)	5	7,4	—	—	—
	Généralisés		31 *	46,2	7	1	—
		Sans autre dystocie.....	18	26,8	5	—	—
		Avec une autre dystocie... (bassin, procidence, gros enfant)	13	19,4	2	1	—
II. — Œdèmes généralisés avec rigidité.....			17 *	25,3	1	—	1
		Sans autre dystocie.....	12	17,9	1 *	—	—
		Avec une autre dystocie... (bassin, procidence, gros enfant)	5	7,4	—	—	1
Totaux.....			67	—	15	1	1
			—	—	22,3	6,6	1,4

travail. — Clinique Baudelocque 1911-1920 inclusivement

ACCOUCHEMENT					MORTALITÉ TOTALE				OBSERVATIONS
Fœtus morts	Porro		Basio		Fœtale		Maternelle		
	Nombre	Fœtus morts	Nombre	Fœtus morts	Nombre	%	Nombre	%	
3	—	—	6	6	10	20	1	2	
1	—	—	—	—	1	5,2	—	—	
1	—	—	—	—	1	6,8	—	—	
—	—	—	—	—	—	0	—	—	
2	—	—	6	6	9	29	1	3,2	* 2 après incisions du col
—	—	—	2	2	2	11,1	—	—	* 1 après incisions du col
2	—	—	4	4	7	53,8	1	7,6	* 1 après incisions du col
2	3	—	6	6	9	52,9	2	11,7	* 3 avec incisions du col
1	2	—	4	4	5	41,6	2	16,6	* 1 après incisions du col
1	1	—	2	2	4	80	—	—	* après incisions du col
5	3	—	12	12	19	28,3	3	4,4	
13,8	4,4	—	17,9	100	28,3	—	4,4	—	

Traitement. -- Interventions

§ I. — ŒDÈMES SANS RIGIDITÉ

Dans les cas d'œdème sans rigidité du col utérin, l'*expectation* est la règle ; mais il est bien entendu que cette expectation comporte une surveillance attentive de l'évolution de l'œdème, de la progression de la tête fœtale, des signes de souffrance du fœtus et de l'état général de la mère, et qu'elle n'interdit pas l'application de forceps à dilatation complète si l'indication en est posée pour des causes d'origine fœtale ou maternelle.

Les injections vaginales très chaudes favorisent les contractions utérines et agissent localement sur le col en assouplissant aussi les tissus cervicaux ; il n'est pas rare, sous leur influence, de voir l'œdème diminuer ou disparaître.

Les *bains de siège* ou les *bains complets* chauds peuvent également être donnés pour les mêmes raisons ; mais la rupture prématurée ou précoce des membranes, en exposant l'œuf aux contaminations, en sera le plus souvent une contre-indication.

Pour accélérer la reprise des contractions utérines et augmenter leur intensité, on peut administrer le *sulfate de quinine* à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, quoique ses ré-

sultats soient inconstants; mais nous pensons qu'il est suffisant de rappeler que l'on ne doit sous aucun prétexte, administrer, dans ce but, de l'*ergot de seigle*, ou des préparations hypophysaires susceptibles de provoquer la tétanisation du muscle utérin.

Le *refoulement de la lèvre antérieure* œdématisée au-dessus de la tête fœtale est une petite intervention qui peut trouver son indication dans les cas d'œdèmes localisés, tout à la fin de la période de dilatation, pour favoriser la sortie de la tête hors de l'utérus. « Avec l'index recourbé on essaie de maintenir le bourrelet œdémateux pendant la contraction utérine et de le faire passer par dessus la tête fœtale ». Cette manœuvre a été exécutée à plusieurs reprises dans les observations de notre statistique et parfois avec une assez grande facilité.

La *dilatation manuelle*, qui dans ces cols œdématisés mais ayant conservé un certain degré d'élasticité, paraît tout d'abord séduisante, n'est, en réalité, que bien rarement indiquée. Elle s'accompagne parfois de déchirures sur un col sain et normal; à plus forte raison, sur un col œdématisé risquera-t-il d'en être ainsi. D'ailleurs ces œdèmes du col, tant qu'ils conservent leur souplesse, sont susceptibles d'arriver à dilatation complète spontanément, cette intervention serait donc dans la plupart des cas une manœuvre pour le moins inutile. Elle pourra cependant exceptionnellement rendre des services pour parfaire une dilatation des dimensions d'une paume de main avant de procéder à une application de forceps, rendue nécessaire par l'état de souffrance du fœtus. C'est dans ces condi-

tions, et sous anesthésie, qu'elle a été pratiquée une fois dans les observations de notre statistique.

La dilatation instrumentale est à rejeter complètement pour les mêmes raisons, renforcées par ce fait que l'instrument agit avec une force qu'il est plus difficile d'évaluer et qui ne porte que sur des parties restreintes du col, augmentant ainsi les risques de déchirures.

Les interventions sanglantes en général, ne sont pas indiquées dans ces cas d'œdèmes sans rigidité, qui ne représentent, en somme, lorsqu'ils ne sont pas associés à une autre cause de dystocie, qu'une cause de dystocie légère qui ne justifierait pas les risques que l'on ferait courir à la mère en la soumettant aux dangers d'une intervention.

Il semble pourtant qu'une exception puisse être faite en faveur des *incisions du col*, lorsque le fœtus présente des signes de souffrance tels que sa vie est menacée d'une façon imminente, la dilatation étant insuffisante pour permettre son extraction sans graves dangers de déchirures pour le col ; mais sous la réserve expresse que les conditions opératoires exigées pour que cette intervention demeure inoffensive soient rigoureusement réunies.

§ II. — ŒDÈMES AVEC RIGIDITÉ

En dehors des injections vaginales chaudes ou des bains chauds et de l'administration d'une petite dose de sulfate de quinine, la base de la conduite à tenir pour ces œdèmes ne pourra toujours être l'EXPECTATION.

L'apparition d'une infection de l'œuf avec contracture

permanente de l'utérus domine la situation et peut commander l'évacuation de l'utérus aussi rapide que possible. D'autre part, l'enfant, le plus souvent en état de souffrance, peut mourir.

Le choix de l'intervention, lorsque l'indication d'intervenir est réalisée, est commandé par le degré acquis de la dilatation et par l'état du col.

DILATATION MANUELLE. — La dilatation manuelle et à fortiori la **DILATATION INSTRUMENTALE** sont ici complètement à rejeter toutes deux. Ou l'intervention sera impuissante à augmenter la dilatation, ou le col se déchirera. Nous en avons noté un exemple typique dans les observations de notre statistique : la parturiente, avant son admission à la Clinique, avait subi en ville, plus de 60 heures après le début du travail, une dilatation manuelle de près d'une heure qui n'avait pu obtenir une dilatation plus grande que 5 francs ; à l'entrée à la Clinique, on constatait sur le col de la femme qui était primipare une déchirure de $\frac{1}{2}$ centimètre, siégeant à gauche.

PETITES INCISIONS MULTIPLES SUR le pourtour du col. — Ces incisions ne sont plus employées actuellement et ont été remplacées par des incisions plus étendues et moins nombreuses de la portion intra-vaginale du col.

HYSTÉROTOMIE VAGINALE. — L'hystérotomie vaginale ne paraît pas pouvoir être indiquée dans les cas d'œdème du col.

Dans les observations que nous avons étudiées, à quelques exceptions près, toutes les gestations sont arrivées à terme, et les enfants dépassent 3.000 gr. dans les $\frac{2}{3}$ des cas; une dystocie pelvienne est parfois surajoutée à

l'œdème ; l'infection du col peut être considérée comme constante ; toutes conditions défavorables à cette opération.

HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE CONSERVATRICE. — La rupture prématurée ou précoce des membranes entraînant presque fatalement un certain degré d'infection, cette opération ne pourrait être exécutée que dans des conditions défavorables qui ne permettent pas d'envisager son indication.

HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE (*Opération de Porro*). — La gravité de cette opération et ses conséquences, puisqu'elle entraîne la stérilité future de la parturiente, qui est le plus souvent primipare, ne permettent d'envisager son indication que dans les cas où la contracture rendrait périlleuse toute intervention par les voies naturelles, où l'infection profonde de l'utérus aggrave le pronostic pour le présent et les suites de couches.

Ces cas existent, mais ils sont rares. L'opération de Porro a été exécutée trois fois dans les observations de notre statistique : deux fois avec une présentation céphalique et une fois avec une présentation transversale dans un utérus tétanisé. Dans ce dernier cas, la mère est morte de péritonite le 7^e jour ; les deux autres opérées sont sorties guéries de la clinique, et les trois enfants ont été extraits vivants.

INCISIONS DE LA PORTION VAGINALE DU COL UTÉRIN. — Ces incisions peuvent être utilisées parfois, quand l'indication d'évacuer l'utérus est posée avant que la dilatation ne soit suffisante.

Utilisées, dès 1788, par Laverjat, chirurgien français, qui avait donné le nom de « césarienne vaginale » à cette nouvelle opération, elles ont été vulgarisées par Dührssen qui, en 1890, en décrivit la technique. On les désigne sous le nom de « grandes incisions du col », ou d'incisions profondes à la Dührssen.

M. Couvelaire écrivait à leur sujet en 1913 : « Ces incisions, opérations de petite chirurgie, ne comportant pas la désinsertion vaginale, mais le simple débridement des bords de l'orifice utérin, doivent pour être inoffensives rester limitées à la portion du col correspondant au museau de tanche. Elles ne dépasseront pas les limites de l'insertion vaginale.

« Mais il est de toute nécessité que la brèche utérine garde au cours de l'extraction du fœtus les limites que lui a fixées l'accoucheur, faute de quoi il se produirait des déchirures irrégulières remontant vers la région sus-vaginale du col et susceptibles de donner lieu, soit à des hémorragies graves par déchirure des vaisseaux cervico-vaginaux si l'on a fait des incisions latérales, soit à la déchirure de la vessie si l'on a fait une incision antérieure ».

Nombre des incisions. — Dührssen recommande de faire quatre ou même six incisions, si cela est nécessaire, précédées d'une colpopérinéotomie bi-latérale ; mais les auteurs français s'accordent pour ne faire que deux incisions antéro-postérieures ou latérales sans incisions préalables du périnée. « Le nombre des incisions libératrices, écrit M. Couvelaire, doit être réduit au minimum.

Les débridements multiples transformant le col « en une sorte de manche à gigot », suivant la comparaison de Varnier, ne donnent pas plus de jour que deux incisions latérales ».

Conditions opératoires. — Les conditions opératoires requises pour que ces incisions soient sans danger sont une dilatation minima de 2 cm. pour M. Potocki, de 4 cm. pour M. Couvelaire, à moins que « la portion sus-vaginale du col ne jouisse d'une souplesse et d'une élasticité parfaites ».

— M. Cathala, en 1920, a envisagé à un autre point de vue les conditions opératoires de ces grandes incisions du col. Pour pouvoir les pratiquer sans danger, quel que soit le degré atteint par la dilatation, il faut et il suffit que la présentation foetale, appuyant sur le canal cervico-segmentaire, ait effectué une descente suffisante et communiqué à ce canal cervico-segmentaire une ampliation suffisante pour que le plus grand arc de la présentation coiffée de la calotte cervicale, réunissant deux culs-de-sac vaginaux opposés, mesure 16 cm. et en pratique, au minimum, 12 cm.

Le degré atteint par la dilatation n'est pas indifférent cependant à tous les auteurs. Dans la discussion sur les incisions du col de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, en janvier 1921, M. Potocki déclare que « les conditions nécessaires qui doivent être réalisées avant qu'on puisse pratiquer les incisions du col sont au nombre de quatre : 1° col absolument effacé ; 2° dilatation ayant acquis au moins 2 cm., généralement 4 à 5 cm. ;

3° culs-de-sac vaginaux profonds ; 4° présentation engagée ».

M. Couvelaire fait également la déclaration suivante : « Ces incisions, simples débridements de l'orifice cervical, ont des indications assez rares. La longue durée du travail ne saurait être une indication. Il faut que des complications survenant, soit du côté de l'organisme maternel, soit du côté de l'organisme fœtal, viennent commander d'une façon impérieuse l'évacuation rapide de l'utérus.

« Cela étant, il est indispensable que certaines conditions opératoires soient réalisées : présentation engagée, dilatation déjà assez avancée (au moins 5 fr.), culs-de-sac vaginaux profonds. Si ces conditions ne sont pas réalisées, il faudrait redouter des extensions dangereuses des incisions lors de l'extraction du fœtus ».

Siège. — Ces incisions peuvent être faites antéro-postérieures ou latérales. Les avis sur ce point sont partagés.

MM. Bar, Brindeau, J.-L. Faure, dans la séance de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, du 18 janvier 1921, ont approuvé l'opinion de M. Cathala qui préconise les incisions antéro-postérieures. Ces incisions favoriseraient la réunion spontanée, exposeraient moins à l'écartement ultérieur des valves résultant de la section du col et à ses complications, permettraient, le cas échéant, de terminer l'accouchement par une césarienne vaginale ; mais elles sont d'une technique plus difficile, et en cas d'extension peuvent léser la vessie ou le rectum.

MM. Couvelaire, Potocki, Bouffe de Saint-Blaise, Lévy-Solal, Cleisz, dont l'opinion est partagée par MM. Jeanin et Garipuy, Levant, Enriquez, Scali, Schwaab ont déclaré donner la préférence aux incisions latérales.

Ces incisions ne sont que la reproduction des déchirures spontanées, avec une surface de section plus nette ; les lèvres latérales du museau de tanche étant généralement plus longues que la lèvre antérieure, leur débride-ment donne plus de jour ; par suite de la disposition des branches cervicales de l'artère utérine, les incisions latérales n'entraînent aucune hémorragie ; et, d'autre part, elles sont d'une technique plus simple et plus pratique, l'intervention pouvant être entièrement faite sous le contrôle de la vue.

Suture. — La suture de ces incisions peut être tentée immédiatement ou secondairement. « La suture des lèvres des incisions cervicales, écrit M. Couvelaire, ne donne pas toujours lieu à une cicatrisation régulière. Souvent la suture au catgut n'a pas amené de réunion par première intention. Ce fait trouve son explication dans l'état pathologique des cols incisés. En effet, dans la plupart des cas, l'indication de l'hystérotomie a été tirée de la rigidité du col survenue au cours du travail ».

« Pratiquée immédiatement sur tissus non infectés, la suture donne d'excellents résultats ».

Observations. — Dans les 67 cas d'œdème du col au cours du travail étudiés dans notre statistique, on a eu recours cinq fois à des incisions de la portion vaginale

du col, deux fois dans des cas d'œdème généralisé sans rigidité, trois fois dans des cas d'œdème avec rigidité.

Dans ces derniers cas, un des enfants n'a pu être ranimé, et une des mères est morte de péritonite purulente le 12^e jour.

Etude des cas d'œdème avec rigidité de cette statistique, au point de vue des indications des incisions du col.

Les observations de notre statistique ne faisant mention ni de la descente de la tête fœtale, ni du degré d'ampliation cervico-segmentaire, nous ne pouvons prétendre faire une étude rétrospective des cas où les conditions opératoires pouvaient se trouver réunies pour pratiquer sans danger les incisions de la portion vaginale du col, au cours de ces cas d'œdème avec rigidité.

Il nous a paru intéressant cependant de rechercher le nombre des cas où l'engagement de la tête fœtale était effectué ; et dans ceux-ci, quel fut le degré atteint par la dilatation, quelle fut la mortalité fœtale et à quel moment de la dilatation se produisit la mort du fœtus, enfin quel fut le mode de terminaison de l'accouchement.

Au cours des 17 cas d'œdème avec rigidité relevés dans notre statistique, les incisions du col ont été pratiquées dans trois cas que nous n'aurons donc pas à envisager. Ces incisions permirent d'extraire deux enfants vivants, mais le troisième ne put être ranimé.

Dans les 14 cas restants, l'engagement s'est effectué 11 fois. Quelle a été la marche de l'accouchement dans ces 11 cas avec engagement de la tête fœtale ?

La dilatation a été spontanément complète 4 fois, per-

mettant l'extraction au forceps de 4 enfants dont un ne put être ranimé.

Dans 7 cas, la dilatation resta stationnaire, avec des dimensions insuffisantes pour permettre l'extraction du fœtus avant qu'il ne succombe.

Au moment de la mort du fœtus, la dilatation était de 2 francs dans 2 cas ; de 5 fr. dans 2 autres ; d'une petite paume de main dans les trois derniers.

L'accouchement fut terminé : par une application de forceps à dilatation complète dans un cas ; par une basiotripsie, à dilatation complète une fois ; à dilatation d'une petite paume, quatre fois ; à dilatation de 5 fr. une fois. Ces basiotripsies furent suivies quatre fois de déchirures du col.

De ces divers résultats, quels renseignements pouvons-nous tirer par rapport aux indications des incisions du col ?

Nous ne pouvons en déduire le nombre de cas où les incisions auraient pu être pratiquées sans danger, car nous ignorons quel était le degré de descente de la présentation engagée, et quelle était la profondeur des culs de sacs vaginaux ; mais nous pouvons déjà constater que sur 14 cas, trois fois les incisions n'étaient pas praticables puisque l'engagement n'était pas effectué ; quatre fois elles n'étaient pas nécessaires, puisque l'accouchement a été terminé par une application de forceps à dilatation complète, — et que l'indication des incisions du col n'aurait donc pu être posée utilement que dans un petit nombre de cas réellement peu fréquents, puisqu'il ne pouvait être supérieur à 7.

Néanmoins il semble que l'on puisse déduire aussi de ces résultats que, dans les vrais œdèmes avec rigidité, en réalité déjà très rares eux-mêmes, lorsque les conditions techniques permettant de pratiquer sans danger les incisions du col sont réunies, on pourra avoir recours utilement à cette intervention dans les cas suivants :

— Quand le fœtus sera menacé, si la dilatation n'est pas suffisante pour permettre son extraction par les voies naturelles.

— Quand le fœtus sera mort, afin d'éviter les déchirures qui se produisent au cours de son extraction par basiotripsie.



Conclusions

Les œdèmes du col apparaissant au cours de la parturition s'observent de préférence, chez les primipares (74,6 %), en cas de présentation céphalique (98,5 %), le plus souvent après rupture prématurée ou précoce des membranes (92,5 %), et au cours d'un travail à allure irrégulière et lente.

Dans un tiers des cas, il y a à l'origine une cause dystocique (bassin rétréci, gros enfant, procidence d'un membre...) et dans un quart des cas, au minimum, le placenta est inséré sur le segment inférieur.

Ces œdèmes peuvent se répartir en :

— OEdèmes sans rigidité (75 %), localisés ou non, dont la caractéristique est qu'ils n'empêchent pas la dilatation de l'orifice utérin de devenir complète ou presque complète, et qui ne constituent pas, sauf les cas où une autre dystocie s'y ajoute, une cause de dystocie importante.

— OEdèmes avec rigidité (25 %) dans lesquels la dilatation s'arrête à un degré plus ou moins avancé pour ne plus progresser, et qui peuvent, même en l'absence de toute autre dystocie, constituer par eux-mêmes une cause de dystocie sérieuse, en raison de l'infection de l'œuf

souvent dangereuse pour la mère et presque toujours fatale à l'enfant.

La conduite à tenir dans les œdèmes sans rigidité doit être, en principe, l'expectation. Dans certains cas exceptionnels cependant, l'enfant étant menacé et la dilatation étant franchement insuffisante pour songer à l'extraire par les voies naturelles, on pourra se déterminer, les conditions techniques étant exactement remplies, à intervenir par des incisions cervicales.

En cas d'œdème avec rigidité, des incisions du col ont été pratiquées dans 3 cas sur 17, soit 17,6 %. Il semble que, les conditions techniques pour que cette intervention demeure inoffensive étant remplies, les indications puissent en être étendues aux circonstances suivantes :

1° Quand le fœtus sera menacé, si la dilatation est insuffisante pour permettre son extraction par les voies naturelles;

2° Quand le fœtus sera mort, si la dilatation est insuffisante pour pratiquer une basiotripsie sans effractions cervicales.

Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre seulement des cas d'œdème avec rigidité sont justifiables des incisions du col, les cas d'œdème du col avec rigidité étant eux-mêmes rares (17 cas sur 16.753 accouchements, soit environ 1 pour 1.000).

A titre exceptionnel il peut être indiqué, lorsque les conditions techniques rendant peu dangereuses les incisions cervicales ne sont pas réalisées, — en particulier, lorsque la dilatation est peu avancée (moins de 5 fr.), lorsque la présentation est élevée, lorsque l'enfant est vo-

lumineux, lorsque le col présente des altérations pathologiques antérieures à la parturition, — de préférer aux incisions cervicales la laparotomie et l'hystérectomie, soit après hystérotomie préalable, soit en bloc, sans ouverture préalable de l'utérus.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- BÉNIT. — Contribution à l'étude des grandes incisions de col de l'utérus au cours de l'accouchement. *Thèse de Paris*, 1921.
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Arrachement de la portion vaginale du col utérin par la tête fœtale, pendant le travail de l'accouchement. (*Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1890, p. 55).
- CATHALA. — Les incisions de la portion intra-vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme (*Gynécologie et obstétrique*, T. 1, n° 2, 1920).
- COUVELAIRE. — Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin 1908, p. 321).
- COUVELAIRE. — Rapport sur un travail du Dr Sauvage intitulé : Des lésions du segment inférieur dans la rigidité secondaire du col par infiltration pendant le travail. (*Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris*, Séance du 13 novembre 1911, p. 349).
- COUVELAIRE. — Conduite à tenir dans les différentes variétés de dystocie par anomalies de la dilatation (*Journal des Praticiens*, 13 juillet 1912).
- COUVELAIRE. — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale, 1913, p. 171.

- ENRIQUEZ. — Des incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement. — *Thèse de Paris*, 1915.
- FIEUX. — De la dystocie du travail (*Revue pratique d'Obst. et de Pæd.*, août 1898).
- JEANNIN et GARIPUY. — Incisions du col de l'utérus pendant l'accouchement et césarienne vaginale de Dührssen. (*L'Obstétrique*, novembre 1910, p. 948).
- LEVANT. — Les incisions du col en obstétrique. (*La Médecine*, avril 1921, p. 515).
- LÉVY-SOLAL et CLEISZ. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921 (n° 1, p. 11, n° 2 p. 40).
- MAYGRIER. — De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. (*La Semaine Médicale*, 1891, p. 421).
- POTOCKI. — Rapport sur une observation de dystocie par rigidité du col. (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, nov. 1899, C. R., p. 229).
- POTOCKI et SAUVAGE. — L'infection du col pendant le travail et la rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin. (*Soc. d'Obst., de Gyn., et de Pæd. de Paris*, décembre 1911).
- POTOCKI et SAUVAGE. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1912.
- SAUVAGE. — *Société d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 13 nov. 1911.
- TOFFIN. — Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement à terme. — *Thèse de Paris*, 1912.
- TOLEDO. — Rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. *Thèse de Paris*, 1890.

VARNIER. — Discussion sur un rapport de Potocki (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, 1^{er} décembre 1899, p. 291).

VIGNES et LELIÈVRE. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. Séance du 18 juillet 1921, p. 391.

WALLICH. — Discussion sur un rapport de Potocki. — (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, décembre 1899).

WALLICH. — La dilatation stationnaire de l'orifice utérin au cours du travail. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1908).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Historique et Pathogénie.....	10
Etiologie.....	13
Caractères.....	15
Variétés cliniques.....	18
Evolution — Pronostic.....	20
Tableau de Statistique.....	22
Traitement — Interventions.....	24
1 ^o Œdèmes sans rigidité.....	24
2 ^o Œdèmes avec rigidité.....	26
Incisions du col.....	28
Conclusions.....	37
Bibliographie.....	40
